

INTAKE FORMULIER

Datum:

Naam:

Geb.datum:

Adres:

BSN nr.:

Postcode en plaats:

Tel.nr.:

Email:

Burgerlijke staat:

Huisarts:

Zorgverzekeraar:

Kinderen? Aantal+leeftijd:

Beroep/studie:

Grootste hobby:

Lengte:

Gewicht:

Man/vrouw:

Medische historie:

(belangrijke ziekten/trauma's waarbij u medicatie kreeg , geopereerd werd en/of in het ziekenhuis lag... vergeet de SOA's niet!)

Komen er bepaalde erfelijke ziekten voor in uw familie?:

Zoja, welke?:

Lijst van huidige medicatie/ kruiden/ vitamines:

Allergien?

(voedsel, medicatie, seizoenen)

Wat is naast uw klacht de algemene indruk van uzelf zowel geestelijk als lichamelijk?:

Sport/wandelt u?:

Recente reizen naar buitenland gemaakt?

Notitie therapeut:

Hoofdklacht:

Notitie therapeut:

Wanneer begonnen de klachten?:

Werd U hiervoor al eerder behandeld en door wie?:

Slikt u hier medicatie voor? En welke?:

Notitie therapeut:

pijn

Scherp/dof*, anders?:

Waar?:

(markeer gebied/-en op tekening)

Verergert bij druk?: J/N*

Vermindert bij druk?: J/N*

Verergert bij koude?: J/N*

Verergert bij warmte?: J/N*

Seizoen: lente/ zomer/ herfst/ winter*

(*omcirkel 1 of meer)

Op welk tijdstip het hevigst?: 's morgens/ 's middags/ 's avonds/ 's nachts*

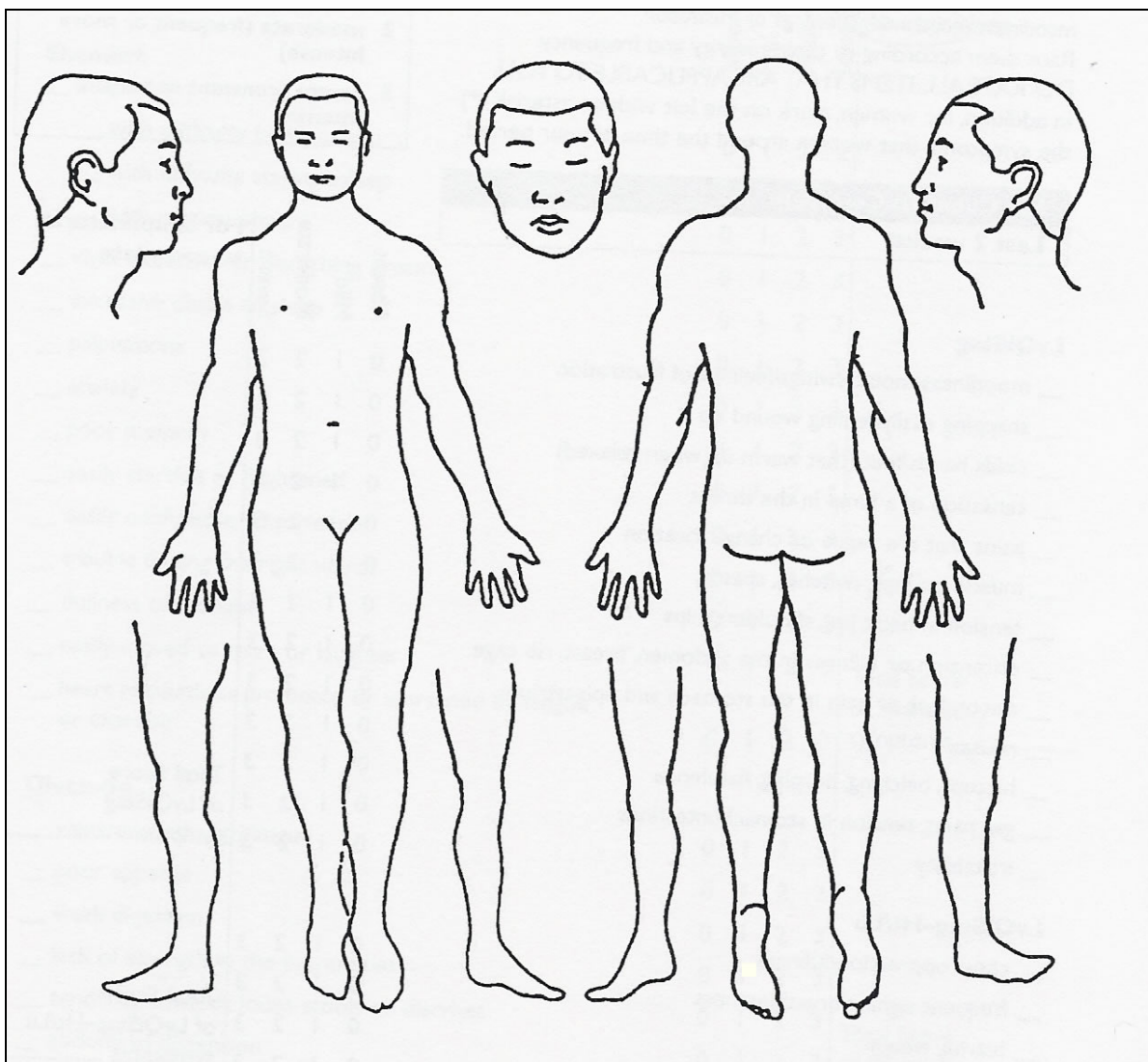
(*omcirkel 1 of meer)

Wisselende plaatsen?:

(markeer gebieden op tekening)

Bij welke beweging?:

Notitie therapeut:



Eetpatroon

's morgens: J/N* wat?:

's middags: J/N* wat?:

's avonds: J/N* wat?:

Tussendoortjes: J/N* wat?:

(*omcikel)

Drinkpatroon?: goed/slecht* droge mond?: J/N* voorkeur: warm/ koud*

Koffie/zwarte thee?: J/N* hoeveel?:

Water?: J/N* hoeveel?:

Alcohol?: J/N* hoeveel?:

Roken?: J/N* hoeveel?:

Drugs?: J/N* hoeveel?: welke?:
(*omcirkel)

Ontlasting: Dagelijks?: J/N* anders:
Stevig/ dun/ diarree/ hard/ bloed/ onverteerde resten/ kleine drolletjes/ pijn/ aambeien/sterke geur*

Urine: Hoe vaak?:

's nachts?: J/N* Hoe vaak?: Hoe laat?:

Veel/ weinig/ donker/ licht/ bloed/ pijn/ nadruppelen/sterke geur*

Transpireren: alleen bij inspanning/nooit/veel/weinig/sterke geur/'s nachts *
(*omcirkel 1 of meer)

Slapen: goed/ slecht* bedtijd?: opstaan?: tussendoor (hoe laat)?:

Inslapen: goed/ slecht* doorslapen?: J/N* 's ochtends moe?: J/N*

Snel moe?: J/N* moe na eten?: J/N* ogen: branderig/ jeuk/ rood/ vlekken/ stofjes*

Borst: benauwd/ druk op de borst/ hoesten/ kuchen/ slijm* kleur: doorzichtig/ wit/ geel/ groen/ bloed*

Angstig/ schrikkerig/ druk/ zenuwachtig* oren: doof/ tinnitus/jeuk/ smeer*

Duizelig?: J/N* bij snel opstaan? J/N* draait zelf/omgeving draait* (omcirkel 1 of meer)

vrouwenpagina

Menstruatie:

Cyclus?: regelmatig/ anders *nl. :

Lichtrood/ donkerrood/ begint licht wordt donker/ begint donker wordt licht/ met stollingen/grote stollingen/

Grote hoeveelheid/ weinig/ begint met weinig daarna veel/ begint-stopt-begint-stopt*

Pijn voor menses/ samen met stollingen/ dof/ scherp/ op 1 plaats/meer met druk/ minder met druk/

Beter bij beweging/ slechter bij beweging/ beter met warmte* (*omcirkel 1 of meer)

Bevallingen:

Verloop?: makkelijk/ moeilijk/ langdurig/ kort/ ingeknipt/ keizersnede/ weeën opgewekt/ weeën onderdrukt*

Anders?:

IVF?: Aantal keer?:

Borstvoeding?:

Abortus / Miskraam ?:

Evt. opmerkingen:

(*omcirkel 1 of meer)

Menopauze:

Wanneer gestart?:

Moodswings?: J/N*

Opvliegers?: J/N*

Zoetaanvallen?: J/N*

(*omcirkel)